



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Los cuidados paliativos en enfermería a partir de un caso clínico.

**Autor/a:** Diego Prieto Molina.

Director 1. Esther Samaniego.

## **Índice:**

• Resumen.....	2
• Introducción.....	5
• Objetivos.....	9
• Metodología.....	10
• Desarrollo .....	12
• Conclusiones.....	20
• Bibliografía.....	21
• Anexos.....	24

## **Resumen:**

- **Introducción:**

Hoy en día vivimos en una sociedad que tiende al envejecimiento poblacional y a sufrir enfermedades crónicas que nos llevarán a pasar los últimos días de vida en un hospital.

Esta situación hace que la gestión del proceso de muerte sea crucial para las instituciones dedicadas a la salud y la importancia de los cuidados paliativos crece exponencialmente.

La asistencia al enfermo terminal basada en éste tipo de cuidados actualmente no alcanza el grado de desarrollo necesario. La mejora de la misma requiere la incorporación de la evidencia científica y la evaluación sistemática y regular del proceso de atención.

- **Objetivos:**

Para contribuir a la evolución del desarrollo de unos cuidados paliativos de calidad y terminar mi formación como enfermero se realiza este trabajo con los principales objetivos de:

- Establecer un plan de cuidados estandarizado para un proceso de atención de enfermería con el paciente terminal con alta comorbilidad y demencia.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes que vayan a recibir éste plan de cuidados.
- Describir la realidad actual de los cuidados paliativos en el hospital.

- **Método:**

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos para desarrollar un proceso de atención de enfermería actualizado con alto nivel de evidencia y taxonomía NANDA, NIC y NOC con la finalidad de aplicarlo a un caso clínico real.

- Conclusiones:

La aplicación del plan de cuidados mejoró sustancialmente la calidad de vida del caso estudiado, no obstante, no es suficiente para estandarizarlo pues se requiere el estudio de más casos similares.

**Palabras Clave:** Paciente terminal, Enfermería, Cuidados Paliativos.

## **Abstract:**

- Introduction:

The problem of an ageing population is one of the main concerns of modern life together with an increase in chronic diseases which will lead us to spend the last days of our lives in hospital.

The importance of palliative care is growing exponentially. An effective management of the dying process is crucial in healthcare.

At present the assistance based on palliative care for terminal patients is not well developed yet. The incorporation of scientific evidence and the systematic and regular evaluation of the care process are required to improve the current situation.

- Objectives:

In order to contribute to the improvement of quality palliative care based on scientific evidence and completing my training as a nurse, this work is aimed at the following objectives:

- Establishing a nursing care process to assist high comorbidity terminal patient with dementia.
- The improvement of the quality of life of the patients in need of palliative care.
- Describing the current situation of palliative care.

- Method:

A literature review in different scientific databases has been analyzed in order to develop an updated nursing process with high level of evidence. NANDA, NIC and NOC taxonomy have been applied and the nursing process is supposed to be developed in real clinic situations.

- Conclusions:

The implementation of the nursing process substantially improved the quality of life of the patient studied in the clinic real case, however, this is not enough to standardize it since the studies of more similar cases are required.

**Key words:** Terminal patient, Nursing, Palliative Care

## **Introducción:**

Hoy en día vivimos en una sociedad que tiende al envejecimiento poblacional, según la OMS: El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones en 2050, pasando del 11% al 22%, además, por esa fecha, habrá en el mundo cerca de 400 millones de personas con 80 años o más cuadruplicando a la cantidad actual. (1)

Vivimos en una sociedad cuya población está destinada a sufrir enfermedades crónicas en la última etapa de la vida que imposibilitan el cuidado de los mismos pacientes en su ambiente domiciliario. Alrededor del 75% de las personas en nuestro país morirá a causa de enfermedades crónicas evolutivas. De esta forma, se está produciendo un fenómeno muy llamativo: el desplazamiento de los moribundos y de la muerte desde los hogares a los hospitales. El 25% de todas las hospitalizaciones corresponde a enfermos en su último año de vida, presentando costes muy elevados.(2, 3)

Se estima que más de la mitad de las personas que fallecen al año en España experimentan una etapa avanzada y terminal. De esta forma, la gestión del proceso de muerte es crucial para las instituciones dedicadas a la salud pues los profesionales de enfermería, por nuestras responsabilidades inherentes, estamos continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas (4, 5, 6).

Para hablar de "paciente que experimenta una etapa terminal", éste debe reunir las siguientes características fundamentales según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos:

1. Presencia de enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses. (7, 8, 9)

Existen muchas formas diferentes de enfermar crónicamente y muchas formas distintas de morir pero comparten la condición de que en la mayoría de los casos existen síntomas que hacen sufrir al paciente y son susceptibles de alivio: Enfermedades como el cáncer, EPOC, demencia, insuficiencia cardiaca/renal/hepática avanzada o enfermedades neurológicas (Parkinson, ELA...) fácilmente podrían considerarse terminales si se dan las circunstancias. (9, 10)

Los cuidados que requieren estos pacientes en fase terminal se denominan paliativos, la OMS los define como «el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales» (9) y actualmente no alcanzan el grado de desarrollo necesario.

La mejora de los mismos requiere la incorporación de la evidencia científica y la evaluación sistemática y regular del proceso de atención mediante metodología enfermera como la estandarización de un plan de cuidados. (3)

Los cuidados paliativos destacan por la promoción del bienestar y la mejora de la calidad de vida. Se caracterizan por centrarse en el ser humano, a costes razonables y permitir una vida y una muerte dignas y plácidas mediante: (4, 12)

- Alivio de los síntomas: Control del dolor y otros síntomas físicos así como de las necesidades emocionales, sociales y espirituales. (4, 5)
- Consideración de la muerte como un proceso natural y no como el fracaso técnico: el fracaso no es la muerte en sí misma, sino que ésta se produzca con angustia y sufrimiento consecuencia del encarnizamiento terapéutico (utilización de medidas diagnósticas o terapéuticas poco adecuadas, no indicadas en fases terminales de la enfermedad, para retrasar el fallecimiento). (11, 12)
- Aseguración de la continuidad asistencial a lo largo de su evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles asistenciales. (13)

Las características del acompañamiento y de la relación enfermero/a – paciente influyen en la calidad de los cuidados paliativos:

- Información y comunicación eficaz: El paciente se siente escuchado, tiene confianza en el personal y una sensación de control en la toma de decisiones. (14)
- Virtudes del profesional: Los pacientes valoran las virtudes como la alegría, comprensión, presencia, empatía, compasión, el respeto o la sinceridad por encima de las habilidades técnicas en los profesionales que les atienden.



Mediante estas virtudes, la relación enfermera-paciente supone una parte indispensable del cuidado, ya que se puede dar una respuesta humana al sufrimiento que experimenta la persona enferma con un acompañamiento de calidad. (15, 16)

Beneficios para el paciente:

- Mantenimiento de la dignidad como personas únicas
- Sentirse importantes por ser quienes son.
- La conservación de su autonomía.

Para enfermería el beneficio más destacado es el aumento de la autoestima en el trabajo y de la capacidad de reflexión. A través de la relación las/los enfermeras/os cambian el modo de ver la vida, aprenden a valorar el presente y toman conciencia del valor del día a día. (15)

Con el objetivo de lograr una atención al final de la vida de calidad, hay que recordar que el acompañamiento debe reunir los requisitos de seguridad, oportunidad, satisfacción de necesidades y efectividad, así como un trato digno con respeto, información adecuada y empatía. (17)

Un 25% de las hospitalizaciones corresponde a pacientes en su último año de vida por lo que tras atender varios casos de pacientes terminales durante mis estancias clínicas, he encontrado la motivación para realizar este trabajo reconociendo la importancia de mejorar la asistencia al enfermo terminal.

Los cuidados paliativos aún son un reto para el sistema sanitario actual pese a que exista una ingente cantidad de literatura respecto al tema. Aproximadamente a un tercio de los pacientes, no se les aplican las medidas paliativas adecuadas así como la correcta asistencia post-mortem. (18, 19)

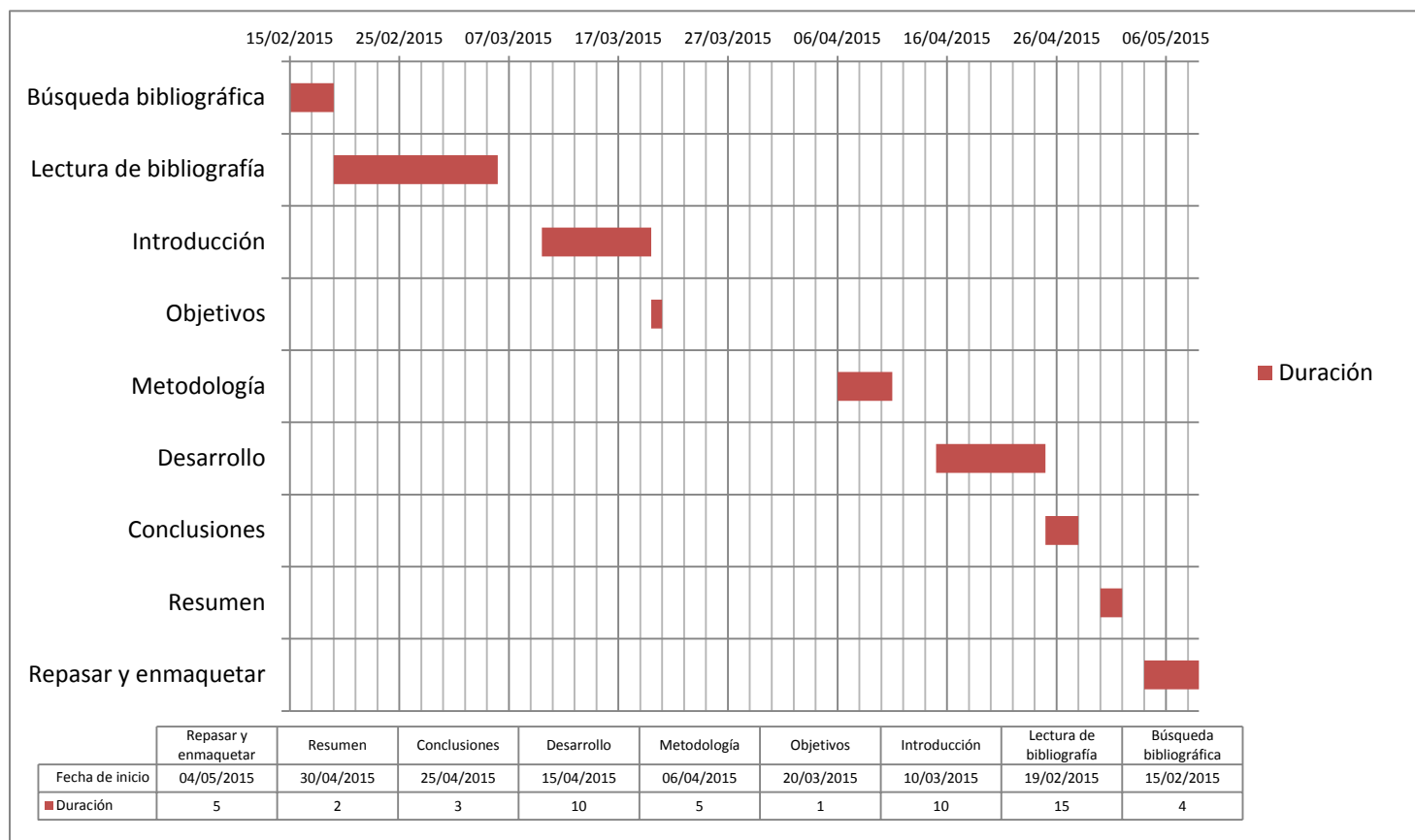
Para contribuir a la evolución del desarrollo de unos cuidados paliativos de calidad y terminar mi formación como enfermero me complace compartir con ustedes el caso de A.R., una situación clínica real con la que he tenido la oportunidad de trabajar y poner en marcha mi propio Proceso de Atención de Enfermería basado en los cuidados paliativos.

**Objetivos:**

1. Estandarizar un plan de cuidados para un conjunto de pacientes terminales similares al caso trabajado.
2. Mejora de la calidad de vida de los pacientes que reciban dicho plan de cuidados con la consecuente disminución de la carga de trabajo del cuidador principal. Acompañar a la familia en todas las fases del último periodo de la vida desde una atención holística.
3. Describir la actuación de enfermería con el paciente hospitalizado con alta comorbilidad necesitado de cuidados paliativos por su situación terminal mediante un plan de cuidados.

## Metodología:

- Diagrama de Gantt: Distribución y organización temporal de los apartados del trabajo.



- Descripción búsqueda bibliográfica:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos desde 2005 a 2015 siguiendo la siguiente estrategia de búsqueda por las diferentes bases de datos:

Bases de datos	Artículos encontrados	Artículos empleados	Palabras clave
ScienceDirect	19	11	1. "cuidados de enfermería" AND "paciente terminal" 2. "cuidados paliativos" AND "encarnizamiento terapéutico" 3. "cuidados paliativos" AND "paciente terminal" 4. "cuidados paliativos" AND "comorbilidad"
Cuiden	5	1	1. "cuidados de enfermería" AND "paciente terminal" 2. "cuidados paliativos" AND "paciente terminal" 3. "cuidados paliativos"
Dialnet	5	2	1. "cuidados paliativos" AND "paciente terminal"
Páginas web	5	4	1. SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) 2. Cuidados Paliativos: AEPCP
Intrasalud	2	2	1. Protocolo asistencia postmortem. 2. Protocolo curas UPP.
Libros	3	3	1. NANDA 2. NIC 3. NOC

- Es un plan de cuidados que sigue la taxonomía II NANDA, NIC, NOC y el modelo de cuidados de Virginia Henderson y las 14 necesidades básicas.
- El trabajo se basa en un caso clínico real por lo que, tras obtener el consentimiento informado firmado por los familiares de nuestro caso (Anexo 1), se refleja la realidad que se desarrolló en esos momentos.

## **Desarrollo:**

### Presentación del caso:

En mi tercer módulo de prácticas fui destinado a trabajar en la tercera planta del edificio de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet. Esta planta corresponde a Cirugía Plástica pero en ese momento, se reservaban 10 habitaciones dobles para realizar un apoyo al servicio de Urgencias ingresando a los pacientes de Medicina Interna. Allí tuve la oportunidad de conocer a A.R. y de cuidarla durante los últimos días de su vida realizando una enriquecedora labor profesional aplicando un Proceso de Atención de Enfermería basado en los cuidados paliativos. A.R. falleció el día 21/03/2015.

A.R. era una mujer de 91 años, vivía en casa con su marido y una asistente que suplía su dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria. Hasta hace 4 escasos años, disfrutaba de su independencia y de su tiempo libre pintando los cuadros que decoran su domicilio y haciendo punto; pero, debido a las complicaciones del Parkinson que padecía y a la implantación de su prótesis de cadera, su autonomía se desvaneció y la demencia, antes desconocida, empezó a ser un problema; perdió la noción del tiempo y la expresión del lenguaje.

Los cuidados que precisaba A.R. se complicaban y acaba encamada en su domicilio desencadenando una secuencia de infortunios que nos conducen a la actualidad.

24/02/2015: Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.

### VALORACIÓN ENFERMERA:

Son las 15:40 de la tarde y A.R. llega con fiebre (38,5 °C). Ha sido remitida a urgencias por deterioro global tras 4 días con imposibilidad para comer e hidratarse, presenta signos de caquexia y deshidratación. No orina desde las últimas 24 horas y, según el informe de la enfermera de atención primaria que le realiza las curas domiciliarias cada 2 días, las úlceras que tiene en ambas caderas y sacro han empeorado considerablemente en estos últimos 15 días.

Se sospecha de una sepsis dónde el foco de infección serían las múltiples heridas por presión que padece. En todo este contexto nuestra paciente es incapaz de responder a las llamadas ni de quejarse del dolor.

A.R. no sólo tiene los antecedentes del Parkinson, además padece síndrome de Sjögren (diátesis a la sequedad de las mucosas) e hipertensión. Lleva una prótesis de cadera y es intolerante al Augmentine y a la Codeína. Actualmente toma Sinemet Plus, Omeprazol, Lorazepam, Paracetamol, Mirtazapina y hierro.

Tras la primera impresión diagnóstica por medicina interna, se decide ingresarla al día siguiente en la tercera planta del edificio de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet mientras espera posible traslado al Hospital de San Juan de Dios.

Habitación 302, cama 01 del Edificio de Traumatología:

Una vez en planta, se realiza el protocolo de valoración de la planta basado en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson para detectar las principales manifestaciones de dependencia y los diagnósticos reales de enfermería con los que trabajar (Anexo 2). A.R. es trasladada a una habitación individual por las condiciones y características de su situación: según los criterios de la OMS previamente explicados y el instrumento de valoración NECPAL CCOMS-ICO (Anexo 3), estamos ante un caso de paciente terminal susceptible de cuidados paliativos (2, 7).

Cabe destacar la puntuación obtenida en la Escala de Norton Modificada. Habiendo obtenido un sólo punto en cada categoría, suma un total de 5 (riesgo de Úlceras Por Presión muy alto). No nos extraña encontrarnos con los numerosos apósitos que cubren las úlceras que padece: Un total de siete heridas por presión; tres de las cuales se consideran de grado IV, otra de tercer grado, dos de segundo grado y una de grado I.

Las características de las más graves sorprendían hasta al personal más experimentado en la cura de éstas heridas en la planta. El intenso olor que desprendían algunas de ellas por la infección de pseudomonas y el inimaginable dolor que supone padecerlas eran las principales causas que comprometían su calidad de vida. En las heridas más graves, las dos en ambos trocánteres mayores femorales, la necrosis había hecho desaparecer el músculo y afectaba la mayor parte del hueso expuesto.

#### DIAGNÓSTICO ENFERMERO: NANDA. (21)

Debido a la relevancia de las úlceras en su bienestar son el objetivo principal de mi Proceso de Atención de Enfermería abarcando los tres diagnósticos enfermeros más relevantes: Dolor agudo, deterioro de la integridad cutánea y riesgo de infección:

1. **Dolor agudo** (00132): Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.

**Dolor agudo** relacionado con agentes lesivos (úlceras por presión, situación de inmovilidad) manifestado por la expresión facial (gemidos, expresión abatida), gestos de protección y estrechamiento del foco de atención.

2. **Deterioro de la integridad cutánea** (00046): Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

**Deterioro de la integridad cutánea** relacionado con extremos de edad, factores mecánicos, inmovilización física y desequilibrio nutricional manifestado por úlceras por presión (destrucción de las capas de la piel e invasión de estructuras corporales).

3. **Riesgo de infección** (00004): Aumento del riesgo de ser invadido por organismo patógenos.

**Riesgo de infección** relacionado con destrucción tisular, defensas secundarias inadecuadas y malnutrición.

## PLANIFICACIÓN: OBJETIVOS E INTERVENCIONES, NOC Y NIC. (22, 23)

Objetivos propuestos relacionados con:

### 1. **Dolor agudo:**

- Muerte confortable(2007): Tranquilidad física, psicospiritual, sociocultural y ambiental en el final inminente de la vida.

Indicadores:

200701 – Calma:

- Puntuación actual: 2(Sustancialmente comprometido)
- Puntuación diana: 4(Levemente comprometido)

200712 – Dolor:

- Puntuación actual: 1(Grave)
- Puntuación diana: 4(Leve)

- Nivel del dolor(2102): Intensidad del dolor referido o manifestado.

Indicadores:

210217 – Gemidos y gritos:

- Puntuación actual: 2(Sustancial)
- Puntuación diana: 4(Leve)

210206 – Expresiones faciales de dolor:

- Puntuación actual: 1(Grave)
- Puntuación diana: 3(Moderado)

210212 – Presión arterial:

- Puntuación actual: 3(Desviación moderada de rango normal)
- Puntuación diana: 4(Desviación leve de rango normal)



## 2. Deterioro de la integridad cutánea:

- Curación de la herida: por segunda intención(1103): Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.

Indicadores:

110303 – Secreción purulenta:

- Puntuación actual: 2(Sustancial)
- Puntuación diana: 3(Moderado)

110313 – Necrosis:

- Puntuación actual: 1(Extenso)
- Puntuación diana: 3(Moderado)

110317 – Olor:

- Puntuación actual: 1(Extenso)
- Puntuación diana: 4(Leve)

- Estado nutricional: energía(1007): Grado en que los nutrientes y el oxígeno proporcionan energía celular.

Indicadores:

100704 – Curación tisular:

- Puntuación actual: 2 (Desviación sustancial del rango normal)
- Puntuación diana: 3 (Desviación moderada del rango normal)

100705 – Resistencia a la infección:

- Puntuación actual: 1 (Desviación grave del rango normal)
- Puntuación diana: 3 (Desviación moderada del rango normal)

### 3. **Riesgo de infección:**

- Severidad de la infección(0703): Gravedad de infección y síntomas asociados.

Indicadores:

070303 – Supuración fétida:

- Puntuación actual: 1(Grave)
- Puntuación diana: 3(Moderada)

070307 – Fiebre:

- Puntuación actual: 2(Sustancial)
- Puntuación diana: 4(Leve)

070333 – Dolor:

- Puntuación actual: 1(Grave)
- Puntuación diana: 4(Leve)

Actividades planificadas relacionadas con:

#### 1. **Dolor agudo:**

- Manejo del dolor (1400): Alivio del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
- Asegurar las estrategias de analgesia de pretratamiento y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.

- Administración de analgésicos (2210)

Actividades:

- Determinar la ubicación, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Considerar el uso de infusión continua, ya sea sola o juntamente con opiáceos en bolo, para mantener los niveles en suero.

## **2. Deterioro de la integridad cutánea:**

- Cuidados de las úlceras por presión (3520): Facilitar la curación de úlceras por presión.

Actividades:

- Describir las características de las úlceras a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
- Desbridar la úlcera.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- Controlar el estado nutricional.

## **3. Riesgo de infección:**

- Control de infecciones (6540): Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad.
- Asegurar una técnica de cuidados de las heridas adecuada.
- Administrar terapia de antibióticos, si procede.

### EJECUCIÓN:

La principal actividad que se desempeñó para mejorar la calidad de vida de A.R. fue la realización de curas basadas en el alivio del dolor y la disminución de la infección y del olor.

Localización úlceras	Descripción de la cura (20)
UPP omoplato derecho grado IV (Anexo 3.1)	Lavado con suero fisiológico y clorhexidina + Silvederma + Apósito secundario (cura cada 48h)
UPPs trocánteres izquierdo y derecho grado IV (Anexo 3.2 y 3.3)	Lavado con suero fisiológico y clorhexidina + desbridamiento quirúrgico si precisa + apósito de protección (cura cada 48h)
UPP sacro grado III (Anexo 3.4)	Lavado con suero fisiológico y clorhexidina + Silvederma + Apósito secundario (cura cada 48h)
UPPs talones izquierdo y derecho grado II	Mepentol + taloneras de protección (cura cada 48h)
UPP oreja izquierda grado I	Betadine

Además se propuso la sedación terminal para A.R. pero tras la negativa de sus familiares para iniciar el proceso, simplemente se decide aumentar la dosis de analgésicos antes de cada cura además de cambiar la administración intravenosa por la administración subcutánea de morfina mediante una palomilla en el abdomen.

### EVALUACIÓN:

Durante el mes que estuvo ingresada A.R. se consiguió reducir considerablemente el olor y la infección de sus heridas, por lo que se logró un cuantioso aumento de su calidad de vida aunque no se pudiera disminuir totalmente el dolor que padecía. Los familiares de A.R. rechazaron la sedación terminal imposibilitando la disminución total de su agonía.

## **Conclusiones:**

Al echar la vista atrás y recordar los objetivos planteados al inicio de este trabajo se afirma que cada paciente y sus circunstancias son completamente diferentes a las de otros, por lo que se debería investigar más casos similares para poder “estandarizar” un plan de cuidados para el paciente terminal con alta comorbilidad que cursa con demencia e inmovilidad. Se espera que el caso estudiado pueda ayudar a la futura estandarización de los procesos de atención de enfermería con el paciente terminal.

Una mejor comunicación con los familiares de nuestro caso podría haber cambiado la decisión de no aplicar sedación terminal y posiblemente podría haber mejorado la calidad de vida de la paciente.

Tras la consulta bibliográfica se puede afirmar que el contraste realidad-teoría existe pero no es tan marcado como se esperaba.

## **Bibliografía:**

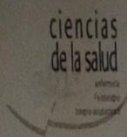
- 1- OMS, Organización Mundial de la Salud, 10 datos sobre el envejecimiento de la población, abril 2012. Disponible online: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- 2- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X. Identificación de personas con enfermedades crónicas avanzadas y necesidad de atención paliativa en servicios sanitarios y sociales: elaboración del instrumento NECPAL CCOMS-ICO©. Medicina Clínica 2013 3/16;140(6):241-245.
- 3- Estrategia en cuidados paliativos del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y consumo. Sanidad 2007
- 4- Gálvez González M, Ríos Gallego F, Fernández Vargas L, del Águila Hidalgo B, Muñumel Alameda G, Fernández Luque C. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. Enfermería Intensiva 2011 0;22(1):13-21.
- 5- Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Revista de Calidad Asistencial 2005 12;20(7):391-395.
- 6- Míguez Burgos, A., Muñoz Simarro, D. ENFERMERÍA Y EL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL, Enfermería Global Nº 16 Junio 2009. P: 1-9
- 7- Guía de Cuidados Paliativos, Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Disponible online: <http://www.secpal.com/>
- 8- Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. Medicina Clínica 2010 6/12;135(2):83-89.
- 9- Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Ministerio desanidad y consumo; Victoria – Gasteiz; Mayo 2008.

- 10- Cruz-Jentoft AJ, Rexach Cano L. Pronóstico vital en cuidados paliativos: ¿una realidad esquivada o un paradigma erróneo? Medicina Clínica 2013 3/16;140(6):260-262.
- 11- Nabal M, León M, Porta J. Encarnizamiento terapéutico: cómo evitarlo. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2005;12, Supplement 5(0):78-83.
- 12- Vilà Santasuana A, Celorrio Jiménez N, Sanz Salvador X, Martínez Montauti J, Díez-Cascón Menéndez E, Puig Rossell C. Última semana de vida en un hospital de agudos: revisión de 401 pacientes consecutivos. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2008 10;43(5):284-290.
- 13- Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MÁ. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012 3;26, Supplement 1(0):63-68.
- 14- R. Buisán<sup>1</sup>, J. C. Delgado, El cuidado del paciente terminal, An. Sist. Sanit. Navar. 2007 Vol. 30, Suplemento 3.
- 15- García-Rueda N, Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi Solabarrieta M. La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. Medicina Paliativa (0).
- 16- Pérez Bret E, Echarte Alonso LE, Carrascal Garchitorena ME, Casado Fernández N. Las virtudes profesionales más valoradas por pacientes en una Unidad de Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa 2014 0;21(4):135-140.
- 17- C. A. Ignorosa-Nava, L. González-Juárez, Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso. Enfermería Universitaria 2014;11(3):110-116.
- 18- Formiga F, Vidaller A, Mascaró J, Pujol R. Morir en el hospital por demencia en fase terminal: análisis de la toma de decisiones después de un programa educativo. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2005 2;40(1):18-21.

- 19- Adrian M , Ballesteros P ,Mateos A ,Mínguez JM, ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ASISTENCIA POSTMORTEM, Grupo de trabajo de protocolos UCI 2009 Revisión "C" Comisión de Cuidados 2014.
- 20- Grupo de trabajo para las úlceras por presión, Recomendaciones para el tratamiento de úlceras por presión, Sector de Zaragoza II, Enero 2015.
- 21- Herdman, T.H. (2012) (Ed.). NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier.
- 22- Moorhead S., Johnson M., L. Maas M., Swanson E., (2008) (Ed.). NOC Clasificación de Resultados de Enfermería. 2008-2010. Barcelona: Elsevier.
- 23- M. Bulechek G, K. Butcher H., McCloskey J., (2008) (Ed.). NIC Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 2008-2010. Barcelona: Elsevier.



## Anexo 1: Consentimiento Informado.



**Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza**

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por DIEGO PRIETO MOLINA, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud.

La meta de este Trabajo de Fin de Grado es reflejar en un caso clínico los cuidados paliativos de enfermería y para ello se necesita acceder a los datos clínicos de la paciente .

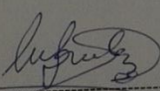
La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado., asegurando el anonimato.

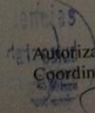
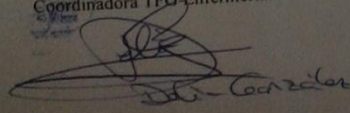
Si vd o su familiar tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al estudiante o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

- Antonia Rosa Soler, y en su nombre, su familiar.

Acepto participar voluntariamente en estas sesiones.  
Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

  
Nombre del Participante      Firma del Participante      Fecha

  
Autorizado por la Universidad de Zaragoza.  
Coordinadora TEG-Enfermería.  


## Anexo 2: Protocolo de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

**salud**  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"MIGUEL SERVET"  
Pº Isabel la Católica, 1-3  
50009 Zaragoza  
TELÉFONO DE CONTACTO:  
CENTRO SALUD REFERENCIA:

Historia N.º: T302-1  
URGEN  
R.º: A  
Prim. 1 SEGURIDAD SOCIAL  
N.º: 1233 MÚLTIPLE  
Ingreso: 24/02/15 de  
1254 MEDICINA INTERNA

VALORACIÓN ENFERMERA

PROCEDENCIA: Urgencias ☒ Programado ☐ UCI ☐ Quirófano ☐ ACOMPAÑADO: ☒ Si ☐ No

ALERGIAS/INTOLERANCIAS: No Conocidas ☐ Si ☒ *Intolerancia a yodados y cadáver*

DIAGNÓSTICO MÉDICO: *Sepsis*

ANTECEDENTES CLÍNICOS: *Barbitúricos, bucaros. Si s/pres. HTO 20. puntos de coag. 20. Sigue algún régimen terapéutico: Succión plus 1/2 de - 1/2 G. de acetato (20 kg) 20. s/pres. de paracetamol 400 mg. 4 veces al día. Cpl. Fe, Vit. K.*

EXPLORACIÓN FÍSICA: Peso: Kg. Talla: cm. DISMINUCIÓN DE PESO DE FORMA INVOLUNTARIA: NO ☐ SI ☐ Cuanto: ☐

HÁBITOS TOXICOS: Tabaco ☐ Alcohol ☐ Drogas ☐ Tipo: Cantidad: Frecuencia:

NECESIDADES BÁSICAS

RESPIRACIÓN: Se desconocen los datos ☐

DIFFICULTAD PARA RESPIRAR: NO ☒ SI ☐ PIEL Y MUCOSAS: Cianosis ☐ Palidez ☐

OXIGENOTERAPIA: SI ☐ AEROSOL: NO ☐ SI ☐

TOS: SI ☐ EXPECTORACIÓN: SI ☐

SIN ALTERACIÓN OBSERVADA ☐

ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN: Se desconocen los datos ☐

INGESTA HABITUAL: De ☐ Co ☐ Me ☐ Ce ☐ LÍQUIDOS: <1 l/día ☐ 1-2 l/día ☐ >2 l/día ☐

DIETA HABITUAL: Normal ☐ Triturada ☒ Especial ☐

SONDA DE ALIMENTACIÓN: SI ☐ Tipo: OSTOMÍA SI ☐ Tipo:

DIFFICULTADES: NO ☒ SI ☐ Masticación ☒ Prótesis dental ☐ Deglución ☐ Digestión ☐ Náuseas ☐ Vómitos ☐

DEPENDENCIA PARA LA ALIMENTACIÓN: NO ☐ Total ☒ Parcial ☐

ELIMINACIÓN: Se desconocen los datos ☐

PATRÓN URINARIO: Normal ☐ Retención ☐ Incontinencia ☐ Pañal ☒ Colector ☐ Sonda Vesical ☐ Tipo / n.º:

PATRÓN INTESTINAL: Normal ☐ Estreñimiento ☐ Diarrea ☐ Incontinencia ☒ Uso laxantes: SI ☐

DEPENDENCIA EN LA ELIMINACIÓN: NO ☐ SI ☒ Total ☐ Parcial ☐

OREJAS: SI ☐ Tipo: OSTOMÍA SI ☐ Tipo:

SUDORACIÓN EXCESIVA: SI ☐

MOVILIZACIÓN: Se desconocen los datos ☐

DEAMBULACIÓN: NO ☒ SI ☐ NECESITA AYUDA: NO ☐ SI ☐ Bastón ☐ Andador ☐ Otros:

MOVILIDAD EN CAMA: Solo ☐ Con ayuda ☐ Precisa cambio postural ☒ AYUDA PARA LEVANTARSE: NO ☐ SI ☐

DORMIR Y DESCANSAR: Se desconocen los datos ☐

DUERME BIEN: SI ☒ NO ☐ PRECISA AYUDA: NO ☐ SI ☐ Fármacos:

VESTIRSE/DESVESTIRSE: Se desconocen los datos ☐

ASPECTO FÍSICO: Limpio ☐ Descuidado ☒ DEPENDENCIA: NO ☐ SI ☒

TERMORREGULACIÓN: Se desconocen los datos ☐

NORMOTERMIA: SI ☐ NO ☒ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ SE SABE ADAPTAR A LOS CAMBIOS DE Tº: SI ☐ NO ☐

EVITAR PELIGROS: Se desconocen los datos ☐

ESTADO DE CONCIENCIA: Consciente ☐ Orientado ☐ Somnoliento ☐ Desorientado ☐ Agresivo ☐

ANSIEDAD: NO ☒ SI ☐ DOLOR: NO ☒ SI ☐ Localización: Características:

RIESGO DE LESIÓN: NO ☒ SI ☐ Contusiones: NO ☐ SI ☐

RIESGO DE AUTOLESIÓN: NO ☒ SI ☐ ASUMIMIENTO: NO ☐ SI ☐

MANTENER LA HIGIENE: Se desconocen los datos ☐

HIGIENE: Adecuada ☐ Inadecuada ☒ DEPENDENTE: NO ☐ SI ☐ Parcial ☒ Total ☐

ESTADO DE LA PIEL: Normal ☐ Seca ☐ Enrojecida ☐ Eritema ☐ Lesionada ☒ Tipo de lesión: UPP / Zonas de lúmina / Houdes.

ÚLCERA: grado Localización lesiones:

Vascular ☐ I II III IV

UPP ☐ I II III IV

Diabética ☐ I II III IV

ESCALA DE NORTON: Puntuación 5. Riesgo: *Muy alto*

ESTADO FÍSICO: Bueno 4 Mediano 3 Malo 1

ESTADO MENTAL: Alerta 4 Apático 3 Estupor / Coma 1

ACTIVIDAD: Ambulante 4 Camina con ayuda 3 Sentado 2 Encamado 1

MOVILIDAD: Total 4 Disminuida 3 Muy limitada 2 Inmóvil 1

INCONTINENCIA: Ninguna 4 Ocasional 3 Urinaria o fecal 2 Urinaria y fecal 1

>14 Riesgo mínimo / no-riesgo  
14-12 Riesgo evidente  
5-11 Riesgo muy alto

COMUNICARSE: Se desconocen los datos ☐

DÉFICIT SENSORIAL: NO ☐ SI ☐ Tipo: DIFICULTAD PARA LA COMUNICACIÓN: NO ☐ SI ☐ Causa:

CON QUIÉN VIVE: Solo ☐ Familia ☐ Otros: SE PREVE PROBLEMAS AL ALTA: SI ☐ NO ☐

ELEMENTOS DE DISTINTIVIDAD CULTURAL/LINGÜA: NO ☐ SI ☐ Cual:

CREENCIAS Y VALORES: Se desconocen los datos ☐

EXPRESA ALGO SOBRE SUS CREENCIAS Y VALORES:

OCUPARSE DE LA PROPIA REALIZACIÓN: Se desconocen los datos ☐

TRABAJO: Activo ☐ Jubilado ☐ Incapacitado ☒

ACTIVIDADES RECREATIVAS: Se desconocen los datos ☐

EJERCICIO FÍSICO: Habitual ☐ Exceso ☐ Sedentario ☒ ACTIVIDADES RECREATIVAS:

APRENDER: Se desconocen los datos ☐

PRECISA INFORMACIÓN DE SU ENFERMEDAD E INGRESO: NO ☐ SI ☐ PRECISA EDUCACIÓN SANITARIA ANTE SU ESTADO DE SALUD: NO ☐ SI ☐

Nombre de la enfermera: *María Rosa Rojas* Fecha: *24/2/2015* Unidad: *3ª PLANTA*

## Anexo 3: Instrumento NECPAL CCOMS-ICO (2)



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut



ICO  
Institut Català d'Oncologia



WHO COLLABORATING CENTRE  
FOR PALLIATIVE CARE  
EUROPEAN REGION

### INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO®

(Necesidades Paliativas)

INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD AVANZADA – TERMINAL Y NECESIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA EN SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES

<b>1. LA PREGUNTA SORPRESA</b> – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores	
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<b>2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD<sup>1</sup></b> – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa	
<b>Elección / demanda:</b> ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal <b>han solicitado</b> , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Necesidad:</b> ¿considera que este paciente <b>requiere actualmente</b> medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN</b> – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema	
<b>Marcadores nutricionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Marcadores funcionales</b> , cualquiera de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema</b> , al menos 2 de los siguientes, en los <b>últimos 6 meses</b> : <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presencia de <b>distress emocional</b> con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Factores adicionales de uso de recursos</b> , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Comorbilidad:</b> ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<sup>1</sup> En el contexto mediterráneo/latino, donde la autonomía del propio enfermo es menos manifiesta que en el anglosajón/norte-europeo, es frecuente que sea la familia o miembros del equipo los que pueden solicitar limitación del esfuerzo terapéutico o medidas paliativas. o ambas



**4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas**

<b>ENFERMEDAD ONCOLÓGICA</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico			
<b>ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/> Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliar o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)			
<b>ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)			
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): AVC</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (> 1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC			
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA,</b>			
<b>ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria			
<b>ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante <input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)			
<b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE</b> (sólo requiere la presencia de <u>un criterio</u> )		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante			
<b>DEMENCIA</b> (presencia de <u>dos o más</u> de los siguientes criterios)		<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b>	<input type="checkbox"/> <b>No</b>
<input type="checkbox"/> Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7) <input type="checkbox"/> Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral <input type="checkbox"/> Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)			

**Anexo 3: Úlceras por presión (UPP).**

1. UPP omoplato derecho.



2. UPP trocánter izquierdo.



3. UPP trocánter derecho.



4. UPP sacro.

